

Reunión clínica : Parto natural

Julio 2016

DERECHO A RECIBIR RESPETO POR NUESTRO CUERPO,
NUESTRA INTIMIDAD, NUESTRA HISTORIA PERSONAL, NUESTRO TIEMPO Y NUESTRAS DECISIONES.





Definiciones



PARTO MEDICALIZADO

Las bases del parto medicalizado son el control continuo del estado fetal, mediante una monitorización bioquímica y biofísica adecuadas, y la regularización de las contracciones si es necesario.

PARTO NATURAL

El parto natural es aquel en el que no se recurre a ningún tipo de medicación para dar a luz.

PARTO NO INTERVENIDO O HUMANIZADO

Trabajo de parto que por reunir las características descritas en la definición de parto normal, es asistido sin la utilización de procedimientos terapéuticos que alteren su fisiología.

DOULA

- Una doula es una asistente sin titulación oficial que proporciona información, apoyo físico y emocional a las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto.
- La palabra "doula", del griego δοῦλα (dula), significa "esclava". Posteriormente, su significado cambió a "sirvienta".



PARTO HUMANIZADO

- En definitiva, “humanizar el acto de dar a luz”, hacerlo más íntimo y natural, sin renunciar a la positiva aportación científica.
- Se trata pues de reencontrar la sabiduría de la naturaleza y armonizarse con ella, pero poniéndose a cubierto de sus posibles accidentes.

RECOMENDACIONES

- Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) estas 16 recomendaciones tienen por base el principio de que cada mujer tiene el derecho fundamental de recibir atención prenatal apropiada

- Toda la comunidad debe ser informada sobre los diversos procedimientos que constituyen la atención del parto, a fin de que cada mujer pueda elegir el tipo de atención que prefiera.
- Debe fomentarse la capacitación de obstétricas o matronas profesionales. Esta profesión deberá encargarse de la atención durante los embarazos y partos normales, así como del puerperio.
- Debe darse a conocer entre el público servido por los hospitales información sobre las prácticas de los mismos en materia de partos (porcentaje de cesáreas, etc.)

- No existe justificación en ninguna región geográfica para que más de un 10 al 15% de los partos sean por cesárea (el porcentaje actual de cesáreas en Estados Unidos se calcula aproximadamente en un 23%).
- No existen pruebas de que se requiera cesárea después de una cesárea anterior transversa del segmento inferior. Por lo general, deben favorecerse los partos vaginales después de cesáreas, donde quiera que se cuente con un servicio quirúrgico de urgencia.
- No existen pruebas de que la vigilancia electrónica del feto durante el trabajo de parto normal tenga efectos positivos en el resultado del embarazo.

- No está indicado el afeitado de la región púbica ni los enemas preparto.
- Las embarazadas no deben ser colocadas en posición de litotomía (acostadas boca arriba) durante el trabajo de parto ni el parto. Se les debe animar a caminar durante el trabajo de parto y cada mujer debe decidir libremente la posición que quiere asumir durante el parto.
- No se justifica el uso rutinario de la episiotomía (incisión para ampliar la abertura vaginal).

- No deben inducirse (iniciarse por medios artificiales) los partos por conveniencia. La inducción del trabajo de parto debe limitarse a determinadas indicaciones médicas. Ninguna región geográfica debe tener un índice de trabajos de parto inducidos mayor que el 10%.
- Debe evitarse durante el parto, la administración por rutina de fármacos analgésicos o anestésicos que no se requieran específicamente para corregir o evitar una complicación en el parto.
- No se justifica científicamente la ruptura temprana artificial de las membranas por rutina.

- El neonato sano debe permanecer con la madre cuando así lo permite el estado de ambos. Ningún procedimiento de observación del recién nacido sano justifica la separación de la madre.
- Debe fomentarse el inicio inmediato del amamantamiento, inclusive antes de que la madre salga de la sala de parto.
- Deben identificarse las unidades de atención obstétrica que no aceptan ciegamente toda tecnología y que respetan los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del nacimiento. Deben fomentarse las unidades de este tipo y los procedimientos que las han llevado a adoptar su actitud deben estudiarse, a fin de que sirvan de modelos para impulsar actitudes similares en otros centros e influir en las opiniones obstétricas en todo el país.

- Los gobiernos deben considerar la elaboración de normas que permitan el uso de nuevas tecnologías de parto sólo después de una evaluación adecuada.

LITERATURA

LOS CONCEPTOS DEL PARTO NORMAL, NATURAL Y HUMANIZADO.

*EL CASO DEL ÁREA 1 DE SALUD
DE LA REGIÓN DE MURCIA.*

José Arnau

M^a Emilia Martínez Roche

M^a Dolores Nicolás Viguera

Encarnación Bas Peña

Rosario Morales López

Luís Álvarez Munárriz

universidad

de murcia

instituto de salud

carlos III de madrid

(Proyecto exp. nº P107/128)

- El artículo pretende reflexionar sobre las representaciones simbólicas que los profesionales relacionados con el proceso reproductivo, pertenecientes a una determinada área de salud de la región de Murcia, poseen sobre los conceptos del parto normal, natural y humanizado. Existen organizaciones nacionales e internacionales que lo definen, sin embargo, no deja de existir polémica en cuanto a la forma de entender los conceptos; repercutiendo en las prácticas profesionales. Por consiguiente, desde un análisis cualitativo llevado a cabo a matronas y tocólogos/as, se pretende discutir las ambigüedades y conflictos existentes en lo que respecta al manejo de estos conceptos en el ámbito laboral.

NUESTRO PAIS



Contigo mejor
salud



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

MANUAL DE ATENCIÓN PERSONALIZADA EN EL PROCESO REPRODUCTIVO



Departamento Ciclo Vital
División Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública
2008

Capítulo X

Atención del Trabajo de Parto y Parto Fisiológico

Recepción de la gestante en la unidad de urgencia de la maternidad

Manejo del trabajo de parto fisiológico personalizado

Alternativas en manejo del dolor en el trabajo de parto y parto

Asistencia personalizada del parto

Apego precoz

Posiciones para la primera etapa del trabajo de parto

Posiciones para la segunda etapa del trabajo de parto

Parto en cuclillas

Clasificación de las prácticas en el parto normal

Capítulo XI

Atención Inmediata del Recién Nacido/a

Procedimientos de atención inmediata

2. MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO FISIOLÓGICO PERSONALIZADO

2.1. Definición:

Es la atención que entrega el equipo profesional que acompañará a la mujer en todo el proceso del trabajo de parto, parto y postparto inmediato, con la finalidad de ofrecer la mejor asistencia técnica según la evidencia científica disponible, donde se privilegie la intimidad y la vivencia de la pareja evaluando oportunamente tanto el progreso del mismo, como las necesidades afectivas y emocionales de ella y su acompañante.

A. ALTERNATIVAS NO FARMACOLÓGICAS EN ANALGESIA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

De acuerdo a la revisión más reciente de la base de datos de la Universidad de Oxford, pueden ser clasificadas como técnicas que reducen el estímulo doloroso, técnicas que activan los receptores sensitivos periféricos, y aquellas que aumentan las vías inhibitorias descendentes:

Técnicas que reducen el estímulo doloroso: movimientos maternos y cambios de posición, contrapresión durante contracción uterina, descompresión abdominal.

Técnicas que activan los receptores sensitivos periféricos: calor y frío superficial, inmersión en agua tibia durante el trabajo de parto y parto, tacto y masajes, acupuntura y acupresión sin agujas, estimulación eléctrica transcutánea, inyección intradérmica lumbar de líquido estéril, aromaterapia.

Técnicas que aumentan las vías inhibitorias descendentes: orientación de foco de atención y distracción, hipnosis, música y audio-analgésia, bio-retroalimentación durante clases prenatales.

B. ALTERNATIVAS FARMACOLÓGICAS EN ANALGESIA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

Analgesia epidural:

Si es elegida, la analgesia durante el trabajo de parto o parto posee poco o ningún efecto sobre el estado fisiológico del recién nacido. "Actualmente no existe evidencia que la administración de analgesia durante el trabajo de parto o parto por sí mismo tenga un efecto significativo en problemas mentales o neurológicos del recién nacido a largo plazo." (Guide for Perinatal Care, American Academy of Pediatrics, The American Collage of Obstetricians and Gynecologists. 5ta Edición. Capítulo Cuidados Intraparto y Postparto de la madre. Págs. 125-61. 2002).

Si está indicado, se recomienda su uso en la etapa de trabajo de parto activo y en las menores dosis posibles, lo cual disminuiría la incidencia de prolongación del período expulsivo descrito en algunas publicaciones. Su uso dependerá de las condiciones de la parturienta y de los recursos locales. (Ver Guía Clínica: Parto con Analgesia 2007).

Analgesia Inhalatoria:

La utilización de Oxido Nitroso (N₂O) en mezcla al 50% con Oxígeno, es una alternativa eficaz en analgesia del trabajo de parto.

El N₂O es fácil de administrar, tiene una latencia y término de efectos cortos, no deprime la contractilidad uterina, no afecta al feto ó al recién nacido, ni afecta la lactancia. Sin embargo no ejerce un efecto analgésico potente en el trabajo de parto activo. En concentraciones de hasta 50%, es segura la auto-administración materna bajo vigilancia de médico o matrona, no se asocia a inconciencia como se ha reportado con concentraciones mayores. El uso asociado de opioides parenterales para aumentar la eficacia analgésica, aumenta el riesgo.

2.6. Recurso Humano

- Médico obstetra.
- Matrona o Matrón.
- Médico anesthesiologo.
- Técnico Paramédico.
- Auxiliar de Apoyo.

CATEGORIA A. Prácticas que son claramente útiles y debieran ser promovidas:

- Un plan personal realizado por la mujer durante el embarazo, dado a conocer a su pareja y si procede a su familia, que determine dónde y por quién será atendido el parto.
- Valoración del riesgo del embarazo durante la atención prenatal y en cada visita al sistema de salud y en el primer contacto con la persona que va a asistir todo el trabajo de parto.
- Seguimiento del bienestar físico y emocional de la mujer durante el parto y el postparto.
- Ofrecer líquidos por vía oral durante el parto.
- Respeto a la elección informada de la mujer del lugar del parto.
- Proporcionar los cuidados del parto en el lugar más cercano a su entorno, donde el nacimiento sea factible y seguro, y dónde la mujer se sienta más segura y confiada.
- Respeto del derecho de la mujer a la intimidad en el lugar del parto.
- Apoyo afectivo de los asistentes durante el parto.
- ➔ Respeto a la elección de los acompañantes de la mujer, durante el parto.
 - Dar a la mujer tantas informaciones y explicaciones como desee.
- ➔ Métodos no invasivos, no farmacológicos de alivio del dolor durante la dilatación como el masaje y técnicas de relajación.
- ➔ Monitorización fetal con auscultación intermitente.
 - Uso único de material desechable y esterilización apropiada del material reutilizable que se emplea durante la dilatación y el parto.
 - Libertad de posición y movimiento durante todo el parto.
 - Estímulo a evitar la posición decúbito supino durante el parto.
 - Seguimiento cuidadoso del progreso del parto, por ejemplo con el uso del partograma de la OMS.
 - Uso profiláctico de oxitocina en el tercer estadio del parto, en la mujer con riesgo de hemorragia postparto, o incluso con riesgo de perder una pequeña cantidad de sangre.
 - Prevención de hipotermia en el recién nacido.
 - Contacto inmediato con la piel de la madre y el hijo y apoyo al inicio de la lactancia en la primera hora después del parto, de acuerdo con las orientaciones de la OMS sobre lactancia.

CATEGORIA B. Prácticas que son claramente perjudiciales e ineficaces que debieran ser eliminadas:

- Uso rutinario del enema.
- Uso rutinario del rasurado púbico.
- Inserción de una cánula intravenosa profiláctica de rutina.
- ➔ Infusión intravenosa de rutina en parto.
- Posición en decúbito supino de rutina durante la dilatación.
- Examen rectal.
- Uso de las pelvimetrías.
- Administración de oxitócicos antes del nacimiento si sus efectos no pueden ser controlados.
- ➔ Posición rutinaria de Litotomía, con o sin estribos durante el parto.
- Esfuerzos de pujo sostenido y dirigido (Maniobra de Valsalva) durante la segunda fase del parto.
- Masaje y estiramiento del periné durante la segunda fase del parto.

CATEGORIA C. Prácticas de las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que debieran usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema:

→ Métodos no farmacológicos de alivio del dolor durante el parto (hierbas, inmersión en agua y estimulación nerviosa).

- Amniotomía precoz de rutina en la primera fase del parto.
- Presión fúndica durante el parto.
- Maniobras relativas a la protección del periné y al manejo de la cabeza fetal en el momento del nacimiento.
- Manipulación activa del feto en el momento del nacimiento.

→ Administración rutinaria de oxitocina, tracción controlada del cordón o combinación de ambas durante la tercera fase del parto.

- Ligadura y sección precoz del cordón.
- Estimulación de los pezones para aumentar las contracciones uterinas durante la tercera fase del parto.

CATEGORIA D. Prácticas que a menudo se utilizan inadecuadamente:

- Restricción de líquidos y alimentos durante el parto.
- Control del dolor con agentes sistémicos.
- Control del dolor con anestesia epidural.
- Monitorización fetal electrónica.
- Llevar mascarilla y batas estériles durante la atención del parto.
- Exámenes vaginales repetidos o frecuentes, especialmente si los realiza más de un asistente.
- Estimulación con oxitocina.
- Cambio rutinario de la mujer a otro lugar al comenzar la segunda fase de parto.
- Cateterización de la vejiga.
- Animar a la mujer a pujar cuando la dilatación del cérvix es casi completa o ya completa, antes de que la mujer sienta imperiosa necesidad por sí misma.
- Rigidez de criterios acerca de la duración estipulada de la segunda fase de parto – como por ejemplo 1 hora, incluso si las condiciones maternas y fetales son buenas y el parto progresa.
- Maniobras de alumbramiento.
- Uso liberal o sistemático de la episiotomía.
- Exploración manual del útero después del alumbramiento.

RECIEN NACIDO

- Acompañamiento, apoyo emocional: Será necesario promover la compañía del padre o acompañante que designe la madre.
- Consentimiento informado: La información en términos claros y comprensibles de acuerdo al nivel cultural de la familia.
- Procedimientos de Atención Inmediata: Adaptar el cuidado neonatal inmediato a las evidencias clínicas actuales de manejo, que aseguren una adecuada evolución de los cambios producidos en el Recién Nacido después de nacer.
- Manejo del dolor y estímulos inadecuados. El nacimiento es un trauma que se produce en el RN desde su ambiente tranquilo y estímulos suaves y modulados a un ambiente con mucha luz, ruidos y estímulos dolorosos, que deben minimizarse.
- Apego – lactancia precoz.

MARCO LEGAL



- La Ley de Parto Humanizado promueve que se respete a la familia en sus particularidades - etnia, religión, nacionalidad - y que se la acompañe en la toma de decisiones seguras e informadas. En varios países se ha legislado al respecto. Ejemplo de esto es Argentina, donde existe la Ley 25.929 promulgada en 2004. Esta ley vela por los derechos de la madre, hijo/a y padre en relación al embarazo, parto y posparto. Refuerza la idea que todas las mujeres tienen derecho a ser tratadas con respeto y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso y a ser consideradas personas sanas. En Chile, varias entidades se han manifestado al respecto, pero no existe una legislación propiamente tal.



**PROYECTO DE LEY QUE ESTABLECE LOS DERECHOS DE LA MUJER
EMBARAZADA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO, PARTO Y EL POST
PARTO, ADEMÁS DE SANCIONAR LA VIOLENCIA GINECO-OBSTÉTRICA.**

5.- Por otro lado y como aspecto novedoso, el presente proyecto consagra de manera legal el concepto de “violencia Gineco-Obstétrica”, y las actuaciones que lo configuran. En derecho comparado u otras legislaciones¹, podemos encontrar el concepto “violencia obstétrica” definido como un tipo de violencia de género que se ejerce sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, en un abuso de medicamentos y patologización de los procesos reproductivos². Es decir, se trata de una situación producida en contra de las mujeres que se encuentran ejerciendo sus labores de parto, dando a luz a su o sus hijos. Dicha situación se materializa, principalmente, a través de malos tratos verbales por parte del personal de asistencia al parto (médicos, matronas, asistentes, etc.), el sometimiento a la madre a un estrés innecesario, el ejercicio de maniobras violentas ajenas a toda recomendación y a los protocolos de atención al parto como la “maniobra de Kristeller”, o bien la realización de cesáreas para agilizar el nacimiento cuando no es debidamente necesario proceder de esa forma, entre otras manifestaciones.

¿NUEVO SERVICIO?



PROTOCOLLO



PARTO HUMANIZADO

- OBJETIVO
- Favorecer el proceso del parto con el mínimo intervencionismo necesario para garantizar la seguridad materna y fetal, sin renunciar a las posibilidades de control y rapidez de actuación que se ofrecen en la atención hospitalaria del parto. La atención al parto se realizará bajo el concepto general de que el nacimiento es un proceso fisiológico, en el que sólo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad.
- Ofrecer cuidados individualizados basados en las necesidades de la mujer, respetando sus decisiones, siempre que no comprometan la seguridad y el bienestar de la madre y de feto/recién nacido o conlleven una disminución inaceptable de las medidas de asepsia.
- Favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres

- **CONDICIONES**

- Documento informativo. Es muy importante que la gestante entienda y acepte la oferta que le propone este centro para el parto. Por este motivo el equipo obstétrico le informará y explicará, en un lenguaje comprensible, los procedimientos que se realizan durante el parto. Para algunas intervenciones específicas, puede ser necesario además obtener un consentimiento firmado por la gestante.
- En cualquier momento, si se presenta alguna desviación de la normalidad, el equipo que atiende el parto podrá, tras informar a la gestante, aplicar el tratamiento que considere necesario.
- La responsabilidad y la toma de decisiones asistenciales a partir del ingreso, corresponden única y exclusivamente a los profesionales de este centro. Ningún otro profesional, aunque haya intervenido en la atención de la embarazada, tendrá capacidad de decisión
-

ESPACIO FISICO

- Espacios adecuados para la atención del proceso de parto. Las salas de dilatación son individuales, de tal forma que permiten a la parturienta estar acompañada por su pareja o persona de elección y mantener la intimidad del momento.
- Disponer de medios adecuados para ofrecer una atención individualizada durante el parto.
- Asegurar, durante todo el proceso del parto, tanto el bienestar de la madre, como del feto y del recién nacido.
- Disponibilidad en un área próxima, de un espacio que permite la atención en caso de complicaciones (quirófano o paritorio en el que se pueda realizar una intervención quirúrgica).

- RESPONSABLE
- El medico jefe de la maternidad y/o matrona jefe

- FUNDAMENTACION
- En la asistencia al parto no intervenido es igualmente fundamental la labor de vigilancia del estado materno-fetal así como la asistencia psicológica a la parturienta y a su familia, por parte del personal asistencial.
- En definitiva, “humanizar el acto de dar a luz”, hacerlo más íntimo y natural, sin renunciar a la positiva aportación científica. Se trata pues de reencontrar la sabiduría de la naturaleza y armonizarse con ella, pero poniéndose a cubierto de sus posibles accidentes.

- DEFINICIONES

- Parto Natural: El parto natural es aquel en el que no se recurre a ningún tipo de medicación para dar a luz.
- Parto medicalizado: Las bases del parto medicalizado son el control continuo del estado fetal, mediante una monitorización bioquímica y biofísica adecuadas ,y la regularización de las contracciones si es necesario.
- Parto humanizado o no intervenido: Trabajo de parto que por reunir las características descritas en la definición de parto normal, es asistido sin la utilización de procedimientos terapéuticos que alteren su fisiología.
- Doula: Una doula es una asistente sin titulación oficial que proporciona información, apoyo físico y emocional a las mujeres durante el embarazo, el parto y el pospart

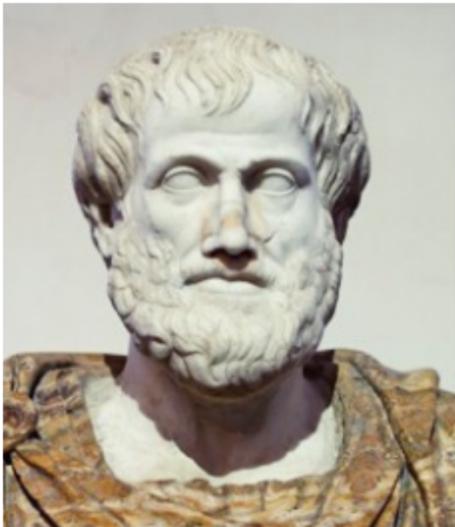
- CRITERIOS DE INGRESO:
- Las pacientes que podrán optar a este tipo de atenciones serán pacientes de que cursan embarazos fisiológicos de término y sin patologías de base agregadas.

- DURANTE EL PARTO?
- MANEJO DE PLACENTA?

- CRITERIOS DE CAMBIO A MANEJO TRADICIONAL

- La paciente pasará a manejo Obstétrico Tradicional si:
 - Se detecta pulso materno > 120
 - PAD > 110 mmHg o PAS > 160 mmHg
 - Temperatura > 38 grados
 - Metrorragia.
 - RPM > 24 horas
 - Presencia de meconio significativa.
 - Dolor importante en la paciente que difiere del dolor normalmente asociado a las contracciones uterinas.
 -
 - Detección de cualquier factor de riesgo que requiera mayor vigilancia.
 - Detección de presentaciones anormales (cualquiera que no sea cefálica).
 - Sospecha de RCF o macrosomía (>p95).
 - Frecuencia cardiaca fetal < 110 lat /min o > 160 lat /min.
 - Desaceleraciones detectadas en auscultación intermitente.

MUCHAS GRACIAS



La salud es la justa medida entre el calor y el frío.

(Aristóteles)